

बिहार स्टेट पावर ट्रांसमिशन कंपनी लिमिटेड

(मानव संसाधन एवं प्रशासन विभाग)

(निबंधित कार्यालय:-विद्युत भवन, बेली रोड, पटना)

Contact No:7763817975, 7763818077, email-dgmhr1015.bsptcl@gmail.com, website-www.bsptcl.in

TIN VAT No-10011257007, TIN CST No-10011146136, CIN-U40102 BR 2012 SGC 018889

पत्रांक:-Trans/VIII/Misc/Med/131/2019(New)

3963

पटना, दिनांक:- 28/10/19

प्रेषक,

दीपक कुमार,
अवर सचिव।

सेवा में,

महाप्रबंधक-सह-मुख्य अभियंता,
संचरण जोन, पटना/भागलपुर/मुजफ्फरपुर
विद्युत अधीक्षण अभियंता, सभी संचरण अंचल।

विषय:-

Medical Card हेतु संचरण जोन एवं अधीनस्थ कार्यालयों में पदस्थापित सभी नियमित कर्मियों एवं उनके आश्रितों का विहित प्रपत्र में सूचना उपलब्ध कराने के संबंध में।

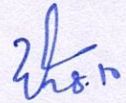
महाशय,

उपर्युक्त विषयक बिहार स्टेट पावर (होलिडिंग) कंपनी लिमिटेड, पटना के पत्रांक-266 दिनांक-09.10.2019 द्वारा बेहतर चिकित्सा सुविधा के लिए Medical Card हेतु विहित प्रपत्र में फोटो सहित सूचना दिनांक-31.10.2019 तक उपलब्ध कराने का निदेश प्राप्त हुआ है।

अतः वर्णित पत्र की प्रति संलग्न करते हुए अनुरोध है कि समेकित रूप से विहित प्रपत्र में वांछित सूचना/जानकारी Soft Copy सहित इस कार्यालय को उपलब्ध कराने की कृपा की जाए।

अनु०-तथैव।

विश्वासभाजन,



(दीपक कुमार)

अवर सचिव

28/10/19



बिहार स्टेट पावर (होल्डिंग) कंपनी लिमिटेड
Bihar State Power (Holding) Company Limited
बिहार सरकार का उपक्रम (A Govt. of Bihar Undertaking)
सामान्य प्रशासन विभाग (Department of HR & Administration)
GST Number : 10AAFCB2394 CIN Number- U40102BR2012SGC018495

80

पत्र संख्या 266 पटना/ दिनांक 9-10-19
H-V/ Med. Card-3023/19

प्रेषक,

राजीव रंजन सिन्हा,
महाप्रबन्धक (मा0सं0/प्रशा0)

सेवा में,

महाप्रबन्धक (मा0सं0/प्रशा0),
नार्थ बिहार पावर डिस्ट्रीब्यूशन कम्पनी लिमिटेड, पटना।
साउथ बिहार पावर डिस्ट्रीब्यूशन कम्पनी लिमिटेड, पटना।
✓ बिहार स्टेट पावर ट्रांसमिशन कम्पनी लिमिटेड, पटना।
बिहार स्टेट पावर जेनरेशन कम्पनी लिमिटेड, पटना।

विषय:-

Medical Card हेतु अपने कम्पनी अन्तर्गत पदस्थापित सभी नियमित कर्मियों एवं उनके आश्रितों का विहित प्रपत्र में जानकारी प्राप्त कर उपलब्ध कराने के संबंध में।

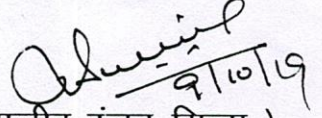
महाशय,

उपर्युक्त विषयक सूचित करना है कि बिहार स्टेट पावर (होल्डिंग) कम्पनी लिमिटेड एवं इसकी अन्य अनुषंगी कंपनी के नियमित कर्मियों एवं उनके आश्रितों के बेहतर चिकित्सा सुविधा के लिए Medical Card हेतु विहित प्रपत्र में जानकारी फोटो सहित प्राप्त किया जाना है।

अतः अनुरोध है कि अपने कम्पनी से संबंधित सभी नियमित कर्मियों एवं उनके आश्रितों से विहित प्रपत्र में जानकारी प्राप्त कर Soft Copy में अवर सचिव, प्रशाखा-V, बिहार स्टेट पावर (होल्डिंग) कम्पनी लिमिटेड के कार्यालय में दिनांक 31.10.2019 तक उपलब्ध कराने की कृपा की जाय।

अनु0: तथैव।

विश्वासभाजन,


(राजीव रंजन सिन्हा)
महाप्रबन्धक (मा0सं0/प्रशा0)

45705/um (HR/Adm)
10-10-19

DGM
10/10

राजीव रंजन
अवर सचिव
प्रशाखा-V
बिहार स्टेट पावर (होल्डिंग) कम्पनी लिमिटेड
पटना

DGM (HR & ADM)
D ry No. 4072...Date. 10.10.19
B.S.P.T.C.L., Patna

50/111
14-10

7425
14/10/19

(89)

APPLICATION FORM FOR MEDICAL CARD

(Only for the employees and its dependents of BSPHCL and its subsidiary companies)

- 1) Name of the Employee _____ Emp. ID- _____
- 2) Designation _____ Name of the company _____
- 3) Department : _____
- 4) Official Address : _____
- 5) Residential Address : _____
- 6) Mobile No. _____ / Email ID _____
- 7) Date of Birth : DD/MM/YYYY / Date of Joining : DD/ MM/ YYYY / Date of Retirement : DD/ MM/ YYYY

8) Details of Employee and its dependents :

(* Please see definition of 'dependents' in Medical Attendants Rules 2018, para 3(c) before filling up this column)

Sl. No.	Name of the employee and its dependents	Relationship with employee	Date of Birth#	Aadhaar Number
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

(# Please attach proof of age for son and daughter)

9) Paste one ID Card Size of Photograph of employee and its dependents whose names are mentioned in above para-9, in the same seriatim as space given below.

1	Name :	2	Name :	3	Name	4	Name	5	Name
6		7	Name :	8	Name	9	Name	10	Name

Declaration

I undertake to intimate to _____ (Name of the company) immediately if there is any change in dependency criteria of my family members included in this application form, if I fail to intimate and if the Company comes to know of the change then the Medical facility is liable to be withdrawn by the company and the company and / or appropriate authority will be free to initiate any action against me.

I undertake to surrender the Medical Card(s) on my leaving the service / retirement / termination / Resignation or on ceasing to be eligible for Medical benefits.

I certify that the information furnished by me in this application has been verified to be correct and that no information has been concealed or has been misrepresented and I stand by the same.

- Encl: (i) Employee ID
- (ii) Proof of Residency
- (iii) Proof of Age of son/daughter

(Signature of Applicant)

Date _____

Place : _____

TO BE FILLED BY THE CONCERNED AUTHORITY)

Name of the Company : _____

The information furnished by the applicant has been verified and found to be correct. It is recommend that a Medical Card be issued to Shri/Smt./Kumari _____
_____(Emp ID _____) Designation _____ in
this Company.

Card No. (computer auto generated) :

Date : _____

Verified by :

Signature with stamp of the controlling officer
Name :
Emp. ID
Designation :
Company :

Signature and stamp of the GM (HR & Adm.)
Emp. ID :
Company :